

Les Suites immédiates de Cent sections de Brides pleurales

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 28 juin 1943

PAR

MARC BELLEY

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

né à Marseille, le 4 mai 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. GIRAUD, <i>professeur, président, Doyen.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VIDAL, <i>Professeur,</i>		
		MOURGUE-MOLINES, <i>agréé.</i>		
		BERT, <i>Agrégé.</i>		

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1943

LES SUITES IMMEDIATES
DE CENT SECTIONS DE BRIDES PLEURALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 109

Les Suites immédiates de Cent sections de Brides pleurales

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 28 juin 1943

PAR

MARC BELLEY

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

né à Marseille, le 4 mai 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. GIRAUD, *professeur, président, Doyen.*

VIDAL, *Professeur,*

MOURGUE-MOLINES, *agrégé.*

BERT, *Agrégé.*

*Examineurs
de la Thèse*

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, rue Jardin-Martel, 3

MONTPELLIER

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, ass.
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	EUZIERE, doy. hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie . .	CARRERE, agrégé.	tuberculose . .	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd. .	HARANT, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie. .	HARANT, agrégé.		MOLINES, agr.
Pathologie méd. .	BOUCOMONT, agr.	— — —	TRUC, agrégé.
— — —	BERT, agrégé.	Chir. experim. .	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd. .	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér... .	ROUX, agrégé.
Clin. interne . .	PUECH, professeur.	Accouchements .	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, a
contagieuses . .	JANBON, profes.	Stomatologie . .	HOUPERT, docteur
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie . .	CARRERE.	Accouchements .	CADERAS
Hist. nat. méd. .	HARANT.		DE KERLEAU.



A MON PERE, A MA MERE

A MA GRAND-MERE

A MON ONCLE ET PARRAIN

A TOUS LES MIENS

AUX DOCTEURS BOISOT, COROLLEUR, MERLE,

mes amis

A.....

*« Mais j'aime trop pour que je die
Qui j'ose aimer.*

*Et je peux mourir pour ma mie,
Sans la nommer. »*

A MES PROFESSEURS DANS LES FACULTES
ET LES HOPITAUX DE BORDEAUX
ET DE MONTPELLIER

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE ROCHEFORT
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A MES CAMARADES DE LA PROMOTION

J. CREVAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAZENAVE

Médecin traitant de l'Hôpital maritime de l'Oratoire

Sanatorium de la Marine

*qui nous donna la matière et l'idée
de cette thèse, et nous aida dans sa
réalisation.*

A MON PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR G. GIRAUD

Professeur de Clinique Médicale

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Doyen

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

On ne peut comparer que des choses comparables.

Or, qu'y a-t-il de plus différent que deux malades, même lorsqu'ils le sont par l'effet d'un microbe identique?

Les localisations sont variables, les conditions extérieures sont différentes et l'organisme réagit d'une façon toute personnelle. On ne peut nier cette influence du terrain, que l'on soit vitaliste ou non.

Béchamp était bien plus catégorique, quand il disait: « Le terrain est tout, le microbe n'est rien ».

Ce sont ces considérations qui nous ont empêché de donner à cette thèse le titre de « statistique ». Nous pensons qu'on ne peut pas totaliser cent malades sous prétexte que ce sont cent tuberculeux, même s'ils ont tous été soignés dans la même unité. Il serait encore moins rationnel, pensons-nous, de baser un pourcentage sur un tout composé d'unités aussi hétérogènes, réalisé d'une façon aussi arbitraire.

Lorsqu'au cours de cet exposé, il nous arrivera de traduire en chiffres les adverbess: souvent, parfois, fréquemment ou quelquefois, ce sera donc plus pour donner une idée, un ordre de grandeur, que par souci de précision scientifique.

La médecine ne se flatte-t-elle pas d'être un art, plutôt qu'une science exacte ?

Statistique, le terme aurait peut-être eu un aspect plus sérieux, mais personne n'ignore qu'on ne fait dire aux statisticiens que ce que l'on veut bien leur faire dire.

Ainsi, ce que nous paraissions avoir perdu en précision, nous croyons au contraire l'avoir gagné.

Et ceci n'est pas simplement une futile querelle de terminologie, mais une mise au point sur l'esprit qui a présidé à l'élaboration de cette thèse.

Certains trouveront peut-être qu'agir et penser ainsi est faire preuve d'un manque absolu d'esprit de discipline.

Nous leur ferons connaître alors l'opinion de Dumarest :

« J'ai en principe, dit-il, peu d'attrait pour les statistiques qui subordonnent trop le qualitatif seul vraiment intéressant en clinique, à des données toujours et forcément un peu artificielles, faute de définition suffisamment précise à la base des cas individuels ou des catégories de cas qui en font l'objet ».



LES SUITES IMMEDIATES DE CENT SECTIONS DE BRIDES PLEURALES

HISTORIQUE

En matière de tuberculose pulmonaire, il est une notion fort bien connue de tous: celle des immenses services rendus par le pneumothorax; en matière de pneumothorax, il est une notion moins bien connue de tous: à savoir que 73 p. 100 d'entre eux (Cardis et Mattéi) se révèlent bridés et, par suite, inefficaces et même dangereux.

Dès 1907, Forlanini disait: « Dans les cas même avancés de la phtisie pulmonaire unilatérale, la guérison complète peut s'effectuer dans un laps de temps relativement court *si la plèvre est complètement libre d'adhérences* ».

Ce même auteur remarquait en 1909, que ces adhérences manquaient rarement et qu'elles avaient pour résultat « de faire obstacle à la formation d'un pneumothorax total et, par suite, d'empêcher la mise au repos complet du poumon traité ».

Devant un tel état de choses, il n'y avait guère qu'une solution: supprimer les adhérences; et les moyens préconisés furent multiples.

Ce fut d'abord la section à ciel ouvert, véritable intervention chirurgicale, où le bistouri se révéla plus dangereux qu'efficace, si l'on en croit le nombre des perforations pulmonaires, des hémothorax ou des symphyses qu'on eut alors à déplorer.

En 1912, un auteur français, Hervé, repérait les adhérences sous écran radioscopique à l'aide d'un stylet boutonné, puis sectionnait ces adhérences en substituant un galvano-cautère à ce stylet.

Hervé rapporta les résultats de ses expériences à la conférence internationale de la Tuberculose qui se tint à Berlin en 1913.

Cette méthode donna quelques succès, mais n'était pas dépourvue de dangers; aussi fut-elle abandonnée par ses partisans et son promoteur lui-même, lorsqu'il eut assisté en 1923, à la 100^e section de brides de Jacobaeus.

Faut-il parler de cette pratique encore défendue par certains, consistant à réaliser des pressions positives dans les pneumothorax bridés?

La bride devrait théoriquement se rompre à sa partie moyenne ou s'étirer. En fait, elle se rompt le plus souvent à son point d'implantation viscéral: le tissu pulmonaire lésé, constituant le véritable point de moindre résistance: il en résulte une perforation.

Une seule méthode s'affirme chaque jour davantage comme devant être retenue: celle de Jacobaeus.

En 1912, ce professeur de Pathologie interne à l'Université de Stockholm reprit les tentatives d'exploration abdominales faites par Kelling en 1901.

Examinant au laparoscope des ascitiques préalablement ponctionnés et insufflés, il put faire le diagnostic des affections du foie qui étaient à l'origine de ces ascites. Il reconnut ainsi à la vue des cirrhoses, des cancers, des syphilis hépatiques.

Il étendit ensuite ce procédé à l'étude des affections abdominales non ascitiques.

En 1913, Jacobaeus pensa que ce qu'on faisait pour l'abdomen aurait encore plus d'intérêt pour le thorax,

puisque à ce niveau n'existait pas l'équivalent de la laparatomie exploratrice.

Il explora donc la cavité pleurale; en découvrit les modifications pathologiques et put, avec l'aide de Key, repérer et extirper plusieurs tumeurs malignes. Puis, s'étant rendu compte du nombre des adhérences pleurales rencontrées dans ses investigations; il eut l'idée d'en tenter la section.

La pleurolyse endoscopique était née, méthode qui tint par la suite toutes ses promesses et même davantage.

APPAREILLAGE

Jacobaeus utilisait le thoracoscope et le galvanocautère.

Après ces premiers essais, les opérateurs collaborent à l'œuvre commune, apportant chacun une modification, un perfectionnement.

Progressivement, les instruments d'optique voient augmenter leur pouvoir grossissant, les images qu'ils donnent sont plus nettes, l'éclairage plus intense.

C'est aux travaux de Unvericht, de Maurer, de Lelong, de Guelbring, de Kremer, etc., que l'on doit cette évolution.

L'appareil de section subit aussi des modifications.

En 1921, Hervé remplace la galvano-cautérisation par la diathermo-coagulation utilisée déjà en urologie. Jacobaeus le suit d'abord, puis revient à sa première manière.

Plus tard, Maurer (de Davos) combine les deux méthodes, diathermique et galvanique.

Actuellement, les Américains utilisent le bistouri électrique. Pigeon recommande l'électrode bipolaire qu'il a fait construire.

Citons également cette tentative faite par Mendel et Chandler, de juxtaposition dans une même canule, des organes de vision et de section, afin d'éviter les transfixions multiples de la paroi thoracique.

La mauvaise visibilité et le peu de liberté de manœuvre que laissait cette instrumentation l'on fait abandonner presque généralement, du moins en France.

Mais il n'est pas dans notre intention de louer ici telle méthode ou de blâmer celle-là. Il faudrait, pour le faire honnêtement avoir l'expérience de toutes.

Nous ne ferons qu'indiquer rapidement l'appareillage utilisé pour réaliser les sections de brides dont nous rapportons les suites immédiates.

Nous savons que le pleuroscope à vision directe est peu utilisé d'une manière générale. Il faut pourtant lui reconnaître les avantages.

Il est bien pratique de voir les choses telles qu'elles sont, sans être obligé de réaliser une transposition pour les situer à leur place réelle.

Mais, d'autre part, on est obligé, pour avoir une vue étendue, de faire décrire à l'instrument de larges mouvements de hausse, de baisse ou de latéralité qui ne vont pas sans dissocier et traumatiser les tissus de la paroi thoracique.

Encore ceci n'est-il pas toujours suffisant et l'on est obligé de réaliser parfois de multiples portes d'entrée.

Et nous nous sommes demandés s'il ne fallait pas voir dans ces manœuvres sinon la cause efficiente, du moins la cause favorisante de certains cas d'emphysème sous-cutané post-opératoire.

Quand on se sert du pleuroscope à vision indirecte, cet inconvénient n'existe plus puisqu'une simple rotation de l'appareil autour de son axe permet d'explorer toute la cavité thoracique ou presque. Le traumatisme partiel est donc réduit ici au minimum.

Avec l'habitude de l'appareil, on s'accoutume très bien à ce décalage des images par rapport à la direction dans

laquelle on regarde, à leur déformation, et l'on arrive à y adapter les mouvements du cautère sans hésitation.

Mais nous comprenons fort bien que Jugnet ait pu écrire dans sa thèse: « Il est dans notre esprit d'opposer la vision directe à la vision indirecte ».

Pour notre part, nous avons employé, systématiquement d'abord, le pleuroscope à vision directe pour le repérage exact des brides chaque fois que la chose était possible, puis le pleuroscope à vision indirecte, pour le bilan des éléments thoraciques dans leur configuration d'ensemble. Nous savons gré à M. Rautureau (de Passy), de nous avoir initié à cette pratique.

M. Lucien, récemment encore, à la Société de la Tuberculose en zone libre, prônait les avantages du pleuroscope à vision directe.

En fait, les deux appareils, « loin de s'exclure, se complètent, ayant chacun leurs indications ».

Une fois les brides repérées et sous le contrôle constant de la vue, il faut les sectionner.

Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de Maurer (de Davos) avec l'appareil construit par Purtschert, sur ses indications.

Cet appareil permet d'utiliser à volonté, par un simple jeu de pédales, et sur le même cautère, soit la galvano-cautérisation, soit la diathermo-coagulation.

Le fait que l'on dispose de celle-ci à tout instant nous a bien souvent permis de réaliser l'hémostase immédiate de petits vaisseaux dont la rupture n'aurait sans doute pas toujours été mortelle, mais il est préférable de ne pas provoquer un épanchement sanguin, aussi minime soit-il, dans la cavité pleurale.

Autre avantage, et qui n'est pas à dédaigner, c'est l'absence de fumée. Les vieux protocoles opératoires men-

tionnent très souvent sa formation et l'on se rend compte à leur lecture des difficultés qu'elle devait entraîner. Actuellement, rien de tel: visivité parfaite.

Enfin, cet appareil permet la désinsertion pariétale de brides, selon la technique de Maurer (de Davos), méthode qui donne une grande sécurité dans les cas de brises courtes ou tunellisées.

Nous ne croyons pas pouvoir rendre la diathermo-coagulation responsable de la formation d'escarres qui tomberaient plus ou moins tardivement, provoquant des hémorragies secondaires ou des perforations.

Signalons dans quelques cas, l'existence de courant faradiques extrêmement douloureux pour le malade, qui nous ont obligé par deux fois d'interrompre l'intervention. C'est pour éviter cet inconvénient que nous aimerions utiliser l'électrode-bipolaire de Pigeon.

Avant de la cautériser, on néglige trop souvent de procéder à un examen minutieux de la bride par la transillumination: c'est pourtant un geste simple et qui vaut tant de tranquillité à l'opérateur.

Décelant le vaisseau qui habite la bride ou le parenchyme qui s'y prolonge, la sonde à transillumination de Maurer rend de réels services.

Tout en faisant une mention spéciale pour la pince hémostatique diathermique de Triboulet et pour l'aiguille à anesthésie pleurale, nous ne saurions nous étendre sur l'instrumentation complémentaire: trocars, canules, explorateurs, aiguilles de Saugmann...

Leur description et leur utilisation sont trop bien traitées dans le manuel de MM. Douady et Meyer, pour que nous y insistions ici.

PRÉPARATION DU MALADÉ

1° *Examen radioscopique* — minutieux de la chambre de pneumothorax et du moignon, sous diverses incidences, pour choisir aussi judicieusement que possible les portes d'entrée.

2° *Insufflation d'air* — qui permette d'amener la pression pleurale au voisinage du zéro manométrique, puisque c'est cette pression qui règnera dans la plèvre au cours de l'intervention.

3° *Ponction évacuatrice* — s'il y avait épanchement et insufflation compensatrice d'air.

4° *Médicaments*. — Aucun ou si peu! Tout au plus un sédatif de la toux à dose assez forte (six à huit centigrammes de codéine), pour prévenir toute quinte, dangereuse pendant l'opération, fâcheuse après, en raison de l'emphyème sous-cutané qu'elle peut engendrer.

Là se borne l'arsenal pharmaceutique préventif.

5° *Anesthésie*. — On fait une infiltration pariétrale de novocaïne-adréaline à 2 p. 100. Un bouton dermique d'abord, puis on va droit à la plèvre, qui est, pratiquement, après la peau, le seul élément douloureux de la paroi.

Nous sommes près encore et pourtant loin de l'époque où l'on administrait du rectanol en parachevant son anesthésie par l'inhalation du chlorure d'éthyle.

Notons que dans cinq cas les malades ont présenté de l'anesthésie des lipothymies combattues par une injection de caféine, et, dans trois cas, de petites crises convulsives éphémères qui n'ont entraîné aucune perte notable de temps.

6° *Malade en position assise* — mais les modalités de position décrites par certains auteurs ne semblent pas avoir l'importance qu'ils leur attachent.

PLAN

Dans l'étude des suites immédiates de ces 100 sections de brides réalisées à l'Oratoire (Hôpital-Sanatorium de la Marine), nous nous proposons de suivre le plan suivant:

I. — SUITES SIMPLES:

- 1° *Température;*
- 2° *Poids — Etat général;*
- 3° *Expectoration;*
- 4° *Radiogrammes;*
- 5° *Pression pleurale;*

II. — SUITES COMPLIQUÉES:

- 1° *Emphysème sous-cutané;*
- 2° *Symphyse pleurale;*
- 3° *Epanchements pleuraux:*
 - a) *Hémorragiques;*
 - b) *Séro-fibrineux;*
 - c) *Purulents;*
- 4° *Inertie cavitaire;*
- 5° *Perforation;*
- 6° *Erythème noueux;*
- 7° *Bilatéralisation — Généralisation.*

Nous aurions pu rassembler en un tout peut-être impressionnant, mais par trop indigeste, les 100 observations qui ont servi de base à ce travail. Nous avons préféré rapporter, à propos de chaque paragraphe, celles de ces observations qui nous ont paru les plus caractéristiques.

Précisons que les interventions ont été pratiquées par le même opérateur (D^r Cazenave), les examens bactériologiques ont été faits dans le même laboratoire (laboratoire de la III^e Région Maritime — médecin-chef Pirot), les interprétations des films radiologiques ont été données par le même médecin traitant.

Tout cela ajoute à la valeur comparative de ces observations.

Nous n'envisagerons ici que l'étude des suites opératoires dans le mois ou, au maximum, les deux mois qui suivent l'intervention.

Il est intéressant d'ajouter, d'autre part, avant de commencer l'étude des suites immédiates des 100 sections de brides, que :

- 59 furent totales;
- 30 grandes partielles;
- 11 petites partielles.

Parmi les totales, 8 furent réalisées en plusieurs temps.

I. — SUITES SIMPLES

35 p. 100 environ des sections de brides ne sont suivies d'aucun accident, même pas plus du plus petit incident.

Les différents signes sur lesquels ont peu baser un jugement favorable sont :

- 1° *Généraux*: Température — Poids — Etat général.
- 2° *Fonctionnels*: Expectoration.
- 3° *Radiologiques*.
- 4° *Physiques*: Pression pleurale.

Nous allons étudier quelles sont les variations de bon présage de chacun de ces critères.

1° TEMPÉRATURE

a) *La section est faite chez un sujet apyrétique ou presque.*

Tout se passe parfois très simplement. Nous relevons 18 cas dans lesquels il est impossible, en considérant uniquement la courbe thermique, de supposer à quel moment se place la section: elle ne se révèle par aucun décalage

Il ne faut pas considérer comme une complication cette petite élévation thermique qui se produit le soir-même. On peut avoir, en effet, à ce moment, un clocher à 37°5 ou 38°: la résorption sanguine en est vraisemblablement la cause; mais, le lendemain ou le surlendemain, ou plus tard, on voit cette fièvre tomber et tout rentrer dans l'ordre normal.

b) *La section est faite chez un sujet hyperthermique (10 cas).*

La fièvre tombe rapidement. Si cette température était irrégulière, à grandes oscillations, elle commence d'abord par se stabiliser, puis elle revient en lysis à un tracé normal.

OBSERVATION 1

Mou... Yvonne, 23 ans, femme de marinier, entre à l'Oratoire le 9 mars 1943, pour:

« Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche en éventail, à pointe hilare, avec perte de substance très marquée sous la clavicule.

» A droite, densification non homogène du sommet avec petites taches floues infraclaviculaires »».

Création d'un pneumothorax gauche le 9 mars 1943.

Avant la section de brides:

Température: 37°-37°6	
Poids: 43 kil. 450	le 9 mars
Bacilloscopie positive	le 6 février

Section totale: le 13 mars 1943.

Après:

Température: 36°8-37°2	
Poids: 41 kil. 800	le 16 mars
— 41 kil. 500	le 23 mars
— 43 kil. 500	le 4 mai
Bacilloscopie négative dans les crachats et le liquide gastrique	le 6 avril.

Radio: collapsus complet du poumon gauche dont le lobe supérieur est nettement densifié (le 13 mars 1943).

On retrouve dans le lobe supérieur une image claire mais très diminuée de volume par rapport à la caverne initiale (le 16 avril 1943).

OBSERVATION 2

Ang... Lucien, jeune, Chantier de Jeunesse. Entre à l'Oratoire, le 11 juin 1942, pour:

« Infiltrat sous-claviculaire gauche du type ulcéro-caséeux. »

Création d'un pneumothorax gauche le 11 juin 1942.

Avant la section de brides:

Température: 36°5-37°1	
Poids: 64 kil. 900	le 15 juin 1942
Bacilloscopie positive	le 9 juin —
— négative	le 26 juin —
— négative	le 2 juillet 1942
— positive	le 23 juillet —
— positive	le 28 juillet —

Radio: Pneumothorax gauche largement bridé sur sa moitié supérieure. Moignon densifié, non homogène au niveau de sa moitié supéro-interne (12 juillet).

Section totale: le 21 août 1942.

Après:

Température: 37°2-38°3	le 21 août
— 38°-36°6	le 22 août
— 37°-37°7	le 23 août
— 36°8-37°2	le 24 août
Poids: 69 kilos	le 22 septembre
Bacilloscopie positive	le 29 août
— négative	le 7 septembre
— positive	le 9 septembre
— négative	le 16 septembre
— négative	le 22 septembre

Radio: Moignon pulmonaire parfaitement collabé à gauche.
Importante déviation médiastinale vers la droite (le 21 août 1942).

OBSERVATION 3

Jan... David, quartier-maître mécanicien, entre à l'Oratoire le 16 juillet 1942, pour:

« Condensation de la quasi totalité du champ pulmonaire gauche avec foyer axillaire probablement ramoli.

A droite, infiltrat du 2° espace antérieur ».

Création d'un pneumothorax gauche le 17 juillet 1942.

Avant la section de brides:

Température: 36°5-37°3	
Poids: 68 kilos	le 16 juillet
Bacilloscopie positive	le 16 juillet
— positive	le 24 juillet

Radio: Pneumothorax gauche avec large adhérence du sommet et brides axillaires. Lobe suspendu excavé en haut.
Infiltré plus bas.

Section partielle: le 5 août 1942.

Après:

Température: élevée, à grandes oscillations	
— 38°6-40°	le 22 août 1942
— 38°6-39°8	le 23 août —
— 38°8-39°7	le 24 août —
Poids: 66 kil. 500	le 18 août —
Bacilloscopie positive	le 7 août —
— négative	le 14 août —
— négative	le 18 août —

Radio: Hydropneumothorax gauche moyen. Persistance des deux brides apicole et axillaire qui nécessiteront un deuxième temps.

Médiastin dévié à droite.

Section totale: le 25 août 1942.

Après:

Température: 39°-39°5	le 26 août
— 37°9-38°	le 27 août
— 37°6-37°6	le 28 août
— 36°8-37°5	le 30 août
Poids: 70 kil. 400	le 2 novembre 1942
Bacilloscopie négative	le 11 septembre
— négative	le 15 octobre
— négative	le 10 novemb re

Radio: Affaissement du moignon dans ses zones excavées qui sont actuellement à peine visibles. Résorption de l'épanchement presque totale.

2° POIDS. — ETAT GÉNÉRAL

Le poids est le fidèle reflet de l'état général.

Si l'opération elle-même n'est pas très choquante, on comprend pourtant qu'elle puisse provoquer une baisse momentanée du poids.

Le petit accès de température, qui dure un ou deux jours et qui est quasi-habituel, en diminuant peu ou prou l'appétit, n'y est sans doute pas étranger.

Mais, en l'absence de toute épisode fébrile, on peut l'expliquer aussi par le fait de la diminution plus ou moins importante du champ de l'hématose. Et ceci nous a paru particulièrement net dans les sections de brides bilatérales. On n'en veut pour preuve que les heureux effets de l'oxygénothérapie par voie sous-cutanée, sur la chute pondérale qui cesse rapidement et à laquelle succède un gain de poids. le fait peut se voir, même dans les sections unilatérales, si le collapsus a été très important (observation 5).

La réascension de la courbe pondérale coïncide avec le moment où les bacilloscopies deviennent négatives. La chose est très nette quand on relève sur un même graphique les résultats du laboratoire et les renseignements donnés par la balance.

Quand cette reprise est amorcée, les choses vont généralement vite: des gains de deux ou trois kilos en l'espace d'un mois ne sont pas rares.

OBSERVATION 4

Col... Louise, 33 ans, épouse second-maitre chauffeur. Entre à l'Oratoire le 15 décembre 1942, pour:

« Infiltration pommelée des deux plages. Présence probable d'une petite spéléonque sous la clavicule gauche.

» Aspect spongieux sous la clavicule droite ».

Pneumothorax bilatéral créé avant son entrée en sanatorium: le 20 novembre, à droite; le 27 novembre, à gauche.

Avant la section de brides droites:

Poids: 44 kilos	le 17 décembre
— 44 kil. 500	le 23 —
— 44 kil. 700	le 31 —
Température: 36°8-37°3	
Bacilloscopie positive	le 8 décembre
— positive	le 22 —

Radio: Pneumothorax partiel bridé du sommet droit, moignon densifié et vraisemblablement excavé à la base des brides.

A gauche: Pneumothorax bridé en plusieurs points. Sommet excavé.

Section totale à droite, le 4 janvier 1943..

Après:

Poids: 42 kil. 400	le 27 janvier 1943
Température: petite réaction thermique	
Bacilloscopie négative	le 21 janvier
— négative	le 26 janvier

Radio: Excellent collapsus du lobe supérieur droit.

Section totale à gauche, le 4 février 1943.

Après:

Poids: 41 kilos. le 11 février

On institue un traitement par oxygène en injections sous-cutanées: 25 injections de 1/2 litre.

— 41 kil. 300 le 24 février

— 41 kil. 300 le 3 mars

— 42 kilos le 10 mars

— 42 kil. 200 le 24 mars

— 42 kil. 800 le 28 avril

Température: rien d'anormal à signaler

Bacilloscopie négative le 25 février 1943

— négative

(liquide gastrique) le 16 mars

— négative le 15 avril

Radio: Collapsus total du lobe supérieur gauche. Un travers de doigt de liquide dans le sinus.

OBSERVATION 5

Le Meh... Pierre, quartier-maître mécanicien. Entre à l'Oratoire le 3 septembre 1942, pour:

« Densification du tiers inférieur du lobe supérieur droit. Ulcération à peine visible mais très probable en plein foyer congestif ».

Création d'un pneumothorax droit, le 6 septembre 1942.

Avant la section de brides:

Poids: 69 kil. 900 le 27 septembre

Température: 36°7-37°1

Bocilloscopie positive le 2 septembre

— négative le 15 —

— négative le 17 —

— positive le 22 —

Radio: Pneumothorax droit bridé au niveau de la région axillaire. Moignon excavé.

Section partielle, le 3 octobre 1942.

Après:

Poids: 68 kil. 100 le 6 octobre

— 69 kil. 200 le 13 —

— 69 kil. 700	le 20 —
— 70 kil. 200	le 27 —
— 70 kil. 200	le 2 novembre
— 71 kil. 950	le 15 —
— 72 kil. 450	le 24 —
— 73 kilos	le 1 ^{er} décembre

Température: aucune réaction thermique

Bacilloscopie négative le 9 octobre

— négative le 13 —

— négative le 3 novembre

— négative le 24 —

(liquide gastrique)

Radio: Chute importante du moignon dont les excavations sont considérablement diminuées pour se réduire à une image en feuille de trèfle. Brides antéro-externes visibles.

3° EXPECTORATION

a) *Volume.* — Après l'intervention on voit généralement, dans les lésions sécrétantes, le volume des crachats augmenter d'une façon nette.

Et ceci s'explique si l'on considère que la caverne, hier retenue béante par la bride pleurale, revient aujourd'hui sur elle-même, s'oblitére en évacuant son contenu vers la bronche de drainage, à condition, toutefois, que celle-ci ne se coude pas sous l'influence du collapsus ou ne soit pas bouchée.

Mais cette exagération de l'expectoration n'est que passagère. Bientôt, celle-ci diminue, change d'aspect, puis se tarit.

b) *Bacilloscopie.* — La teneur des crachats en bacilles de Koch subit aussi des variations. Si la section de brides a été efficace, très rapidement l'on doit avoir une première bacilloscopie négative. Des observations élevées ici on peut conclure que les bacilles disparaissent souvent dans le mois qui suit la section de brides.

Mais il peut se faire que l'on ait été amené à agir sur un malade dont les bacilloscopies sont négatives, la positivité de cette recherche n'étant pas une condition *sine qua non* à l'intervention. C'est la notion de « section de sécurité », introduite par Rautureau à côté de celle de « section de nécessité ».

On peut assister alors à un phénomène assez curieux que nous relevons dans une observation (obs. 8).

Alors que les recherches bacilloscopiques étaient régulièrement négatives, l'expectoration examinée après l'intervention se révèle riche en bacilles. Il semble que ceux-ci, qui avaient réussi à se terrer, donnant l'illusion d'une guérison bactériologique apparente, aient été délogés de leurs clapiers par les bouleversements que réalise la section de brides dans la structure des lésions. Bien entendu, cette remarque n'a son intérêt que dans les cas de tuberculose unilatérale, ce qui était dans l'observation étudiée.

Ce virage de la bacilloscopie ne doit pas être mal interprété: inutile de s'en inquiéter, au contraire, car bientôt elle redevient négative mais cette fois de manière définitive par un réel tarissement à sa source.

Il faut insister sur la précocité du virage de la bacilloscopie, de la positivité vers la négativité dans les cas heureux — puisqu'il peut précéder, et de loin, les signes d'amélioration radiologique et cette notion se superpose à celle que soulignent Rautureau et Piot, dans un article du *Bulletin de la Société Médicale de Passy*, à savoir que la guérison bactériologique est en avance sur la guérison radiologique.

OBSERVATION 6

Que... René, matelot cannonier. Entre à l'Oratoire, le 8 août 1942, pour:

« Lésions fibro-ulcéreuses du tiers supérieur du poumon gauche ».

Création d'un pneumothorax, le 20 août.

Avant la section de brides:

Bacilloscopie positive	le 14 août
— positive	le 18 —
— positive	le 7 septembre
Poids: 68 kilos	le 1 ^{er} septembre
Température: 36°5-37°1	

Radio: Pneumothorax gauche bridé à la partie supérieure et externe, le 25 août.

Section totale: le 9 septembre.

Après:

Bacilloscopie négative	le 2 octobre 1942
— négative	le 7 —
— négative	le 20 —
(liquide gastrique)	
Poids: 69 kilos	le 29 septembre
— 70 kilos	le 2 —
— 72 kil. 900	le 18 —
Température: rien d'anormal à signaler	

Radio: Bon collapsus: rétraction satisfaisante des lésions.

OBSERVATION 7

Vid... Jean, matelot d'équipage. Entre à l'Oratoire le 10 décembre, pour:

« Deux infiltrats à allure congestive aiguë: l'un derrière la première côte gauche, avec perte de substance centrale; l'autre se projetant sur la partie externe ».

Création d'un pneumothorax gauche le 30 décembre 1942.

Avant:

Bacilloscopie positive	le 17 décembre
— positive	le 18 janvier 1943
— positive	le 12 février —
Poids: 49 kil. 700	le 9 février
Température: normale	

Radio: Pneumothorax gauche suspendu au niveau du sommet par des adhérences multiples et bridé au niveau de la région axillaire. Cavité béante. Moignon non homogène.

Section partielle: le 16 février 1943.

Après:

Bacilloscopie négative	le 1 ^{er} avril
— négative	le 16 —
— négative	le 19 —
Poids: 50 kil. 800	le 20 —
Température: normale,	

OBSERVATION 8

Sez... Jean, 19 ans, matelot fusilier. Entre à l'Oratoire, le 27 août 1942, pour:

« Infiltrat intercléido-hilaire excavé à droite. Granité post-hémoptotique probable à la base ».

Création d'un pneumothorax droit, le 28 août 1942.

Avant la section de brides:

Bacilloscopie négative	le 26 septembre
— négative	le 1 ^{er} octobre
— négative	le 27 —
— négative	le 17 novembre
Poids: 56 kilos 100	le 27 août
Température: normale	

Radio: Pneumothorax droit bridé au sommet.

Moignon densifié, non excavé. Mais apparition de deux travers de doigt de liquide dans le sinus roit.

Section totale: le 15 décembre.

Après:

Bacilloscopie positive	le 28 décembre
— négative	le 4 janvier 1943
— négative	le 12 —
— négative	le 5 février
(liquide gastrique)	
— négative	
(Lowenstein)	le 5 mars
Poids: 58 kil. 400	le 28 janvier
Température: normale	

Radio: Le moignon est rétracté, occupant une surface de trois travers de doigt à peine, en dehors du médiastin et deux travers de main environ sur la hauteur. Niveau liquide dans le situs.

Erythème nouveau.

4° RADIOGRAMMES

Mais il est bien évident que le critère le plus sûr pour présager de l'évolution favorable des lésions pulmonaires, c'est la vue même de ces lésions sur les radiogrammes.

a) *Aussitôt après la pleurocaustie.* — Nous demandons à la radiologie des renseignements sur l'état du collapsus.

S'il s'agissait d'une simple infiltration tuberculeuse non excavée radiologiquement, on observe sous écran la chute et la rétraction du moignon; cette rétraction étant plus marquée, élective même, pour le lobe malade (atélectasie lobaire d'Epifanio).

S'il y avait ulcération, il est des cas heureux où l'on note la réduction importante et immédiate des images cavitaires.

Il est des cas moins favorables où les lésions ulcéreuses ne sont pas collabées aussi vite. Cela se voit surtout quand il s'agit de lésions anciennes dont les parois organisées font une coque fibreuse plus résistante.

Nous ne nous inquiéterons pas autrement, du moins tout de suite. Ce qu'il faut désirer, c'est surtout une cavité régulière qui ne soit plus tirillée et tendue par les brides. Ces tiraillements peuvent, en effet, faire craindre le pire: le plus souvent un déchirure et une ouverture dans la cavité pleurale s'il s'agit d'une caverne superficielle; ou bien encore un ensemencement croisé du poumon adelphe.

Ne pas croire qu'il suffise d'avoir obtenu la libération de la cavité dans un sens, unique, d'avoir réalisé son applatissement. Ce qu'il faut, pour pouvoir envisager l'avenir

avec confiance, c'est la libération de tout son poutour, permettant d'escompter dans des délais favorables la réduction de tous ses diamètres et la réalisation d'un pneumothorax dit équilibre.

De là la nécessité absolue de réaliser dans la mesure où l'on estime qu'elle n'est pas dangereuse, une section totale des brides.

b) *Un mois environ après la pleurocaustie* — cette date n'étant pas immuable mais susceptible de variations en raison des réactions propres à chaque cas, on pratiquera une nouvelle radiographie.

Entre temps, évidemment, le malade est suivi en scopie, chaque insufflation du pneumothorax étant obligatoirement précédée et suivie d'un examen sous écran. Mais la radiographie faite à ce moment montrera l'évolution des lésions avec plus de détails, de précisions. Elle offre, en outre, l'avantage d'être un document qui reste, les interprétations que l'on peut faire d'un examen radioscopique étant souvent rédigées d'une façon toute personnelle et ne possédant pas la valeur des images qui les ont suggérées.

A ce moment, ce que l'on demande à la radiographie, ce n'est plus tellement des renseignements sur le collapsus, bien que ceux-ci aient leur intérêt, mais plutôt de nous montrer la tendance des lésions à se cicatriser.

Les infiltrats n'ont généralement pas subi de modifications notables, mais la clinique parle pour le radiogramme : l'heureuse influence de l'intervention se fait déjà sentir, annonçant pour plus tard le nettoyage des foyers.

Ulcérations. — Il est rare que soit réalisée l'oblitération totale, même quand elle a débuté immédiatement après l'intervention.

Dans les lésions anciennes, il faut savoir se contenter d'une réduction minime et ne pas désespérer. Bien souvent, là encore, le résultat clinique devancera le résultat radiologique.

OBSERVATION 9

Ros... Jean, matelot armurier. Entre à l'Oratoire, le 10 novembre 1942, pour:

« Tuberculose ulvéro-caséuse du poumon droit, traitée par pneumothorax créé le 31 octobre 1942.

« Densification sus-scissurale gauche homogène ».

Avant la section de brides.

Radio: Pneumothorax thérapeutique partiel à droite. Bon collapsus du lobe supérieur. Spélonque bien visible, béante, de la taille d'un œuf de pigeon; lobe inférieur à peine décollé de la paroi, non décollé du diaphragme, le 11 novembre.

Poids: 64 kil. 500 le 10 novembre

Température: 36°8-37°-2

Bacilloscopie positive le 17 —

— positive le 2 novembre

Section totale: le 21 novembre 1942.

Après:

Radios: Chute du moignon droit. L'image excavée est diminuée de volume (21 novembre).

La caverne n'est plus visible. On ne retrouve qu'une zone claire aplatie, de 10 centimes au maximum, dans une zone densifiée (30 décembre).

Fermeture radiologique de la caverne (9 janvier 1943).

Poids: 66 kil. 500 le 9 février 1943

Température: 36°4-38°5 le 21 novembre 1942

— 37°1-38° le 22 —

— 36°7-37°2 le 23 —

— 37°4-38°9 le 24 —

— 37° -37°2 le 26. —

Bacilloscopie positive	le 27 novembre
— positive mais diminution des crachats	le 1 ^{er} décembre
— positive	le 18 —
— négative	le 28 —
— négative	le 14 janvier 1943
— négative	le 22 —
(liquide gastrique)	

OBSERVATION 10

Co... Jean, quartier-maitre chauffeur. Entre à l'Oratoire le 10 décembre, pour:

« Infiltrat inter-cléido-hilaire droit avec foyer de ramolissement ».

Création d'un pneumothorax droit le 21 décembre 1942.

Avant:

Radios: Pneumothorax droit bridé au sommet avec image cavitaire dans le moignon (22 décembre 42).

Le lobe supérieur est suspendu à son sommet par un système de brides qui tiraillent une caverne grosse comme une mandarine, à grand axe vertical (19 janvier 1943).

Poids: 62 kilos le 21 décembre 1942

Température: 36°6-37°5

Bacilloscopie positive le 4 décembre 1942

— positive le 17 —

— négative le 4 janvier 1943

— négative le 8 —

Section totale: le 23 janvier 1943.

Après:

Radios: Collapsus total. Moignon en voie de rétraction au niveau des ulcérations (23 janvier 1943).

Oblitération cavitaire en cours. Réduction importante depuis l'intervention ramenant la caverne à la taille d'une pièce de 1 franc. Petite déviation du médiastin vers la gauche, exagérant par effet mécanique les travées broncho-vasculaires irradiées du hile (9 mars 1943).

Poids: 64 kilos le 9 février

Température: aucune réaction thermique.

Bacilloscopie négative le 29 janvier

— négative le 8 février

— négative le 1^{er} mars

(liquide gastrique)

OBSERVATION 11

Dau. André, matelot radio-télégraphiste. Entre à l'Oratoire le 6 novembre 1942, pour:

« Tuberculose intercléido-hilaire gauche s'épanouissant en une nébuleuse rétro et infra-claviculaire ».

Création d'un pneumothorax gauche le 25 novembre 1942.

Avant:

Radios: Pneumothorax gauche avec adhérence médiastine haute. Une goutte de liquide dans le sinus (le 25 novembre 1942).

Poids: 64 kilos 200	le 6 novembre
Température: 36°2-36°7	
Bacilloscopie positive	le 4 novembre
— positive	le 13 —
— positive	le 1 ^{er} décembre

Section partielle: le 9 décembre.

Après:

Radios: Bon collapsus. Les lésions semblent être mises au repos.

Poids: 63 kil. 100	le 29 décembre 1942
— 63 kil. 800	le 5 janvier 1943
— 64 kil. 700	le 30 —
Température: 36°3-37°8	le 9 décembre 1942
— 37°2-36°6	le 10 —
— 36°5-36°6	le 11 —
Bacilloscopie positive	le 18 —
— négative	le 24 —
— négative	le 31 —
— négative	le 10 —
(liquide gastrique)	

5° PRESSION PLEURALE

Son étude n'est pas toujours faite, et pourtant les renseignements qu'elle donne sont pleins d'intérêt.

Avant l'intervention, on a amené cette pression au voisinage du zéro, ou tout au moins à un point tel que le collapsus pulmonaire soit important. Après l'intervention, on la retrouve à peu près avec la même valeur, souvent un peu augmentée et on est alors obligé de réaliser une petite exsufflation pour que le pneumothorax soit hypotensif et ramène en position convenable le médiastin plus ou moins fortement dévié.

Nous n'avons pas conservé ici de pressions immédiatement positives qui soient restées telles après l'exsufflation et ceci nous valait la certitude que le moignon pulmonaire était étanche et n'avait pas été perforé au cours de l'intervention.

II. — SUITES COMPLIQUÉES

Il faut bien l'avouer, les choses ne se passent pas toujours aussi bien. Non que l'on ait à enregistrer de multiples complications, mais les suites immédiates peuvent être troublées dans leur évolution par l'apparition fréquente de petits incidents, plus rare de graves accidents.

1° EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ

Nous en avons constaté l'existence dans 13 cas. Les femmes y paraissent plus sujettes; les amaigris, dont les parois sont flasques et peu étoffées, en sont plus facilement atteints.

Son apparition est le plus souvent très rapide, la première secousse de taux qui suit l'intervention en étant la cause, quelles que soient les précautions que l'on ait pu

prendre, faire expirer le malade avant d'obturer les transfixions faites par le trocart, mettre un bandage de corps.

L'emphysème se manifeste dans les cas minimes (7 cas), par une petite zone de crépitation neigeuse entourant les anciennes ouvertures. Cette zone est légèrement douloureuse.

Dans les cas moyens (4 cas), l'infiltration s'étend vers l'épaule et le membre supérieur, vers le thorax et vers le cou, où elle peut provoquer des troubles de la phonation et de la déglutition. Aux rayons X, les muscles sont dissociés, chaque fibre apparaissant nettement distinctes de ses voisines.

Dans les cas graves (2 cas), le malade est littéralement soufflé: la face est bouffie, l'abdomen gonflé, les bourses énormes.

Tout est entré dans l'ordre en une quinzaine de jours au plus.

Il faut éviter la toux en prescrivant un sédatif ainsi qu'un bandage de corps bien ouaté et bien serré.

Mais le véritable danger de l'emphysème sous-cutané réside autre part: dans la difficulté que l'on a pour maintenir un pneumothorax dans de telles conditions. La cavité pleurale est un véritable tonneau des Danaïdes qui perd par l'orifice pleural dans le tissu cellulaire sous-cutané ce qu'on lui insuffle de l'autre par le trocart.

De là les risques de symphyse pleurale que nous allons étudier maintenant.

De là l'obligation dans laquelle on est d'examiner attentivement ces malades dans les heures et les jours qui suivent l'intervention.

2° SYMPHYSE PLEURALE

Dans les deux cas d'emphysème sous-cutané étendu que nous avons pu étudier, le poumon avait une tendance presque invincible à revenir à la paroi.

Pour donner une idée de la difficulté d'entretien d'un tel pneumothorax, citons quelques chiffres:

Des insufflations quotidiennes très abondantes, de 1.000 à 1.500 et même 2.000 cc., amenaient des pressions terminales de —1 et —2. Douze heures seulement après ces insufflations, le manomètre révélait des pressions de —5 et —8, et la radio montrait le retour du poumon à la paroi. Il fallut, pour éviter ce retour, pratiquer un oléothorax de blocage dit antisymphysaire; 40 cc. d'huile d'olive stérilisée dans un cas, 50 dans l'autre, ont suffi à sauvegarder le callapsus.

OBSERVATION 12

Guil... Raymond, matelot mécanicien. Entre à l'Oratoire le 26 septembre 1942, pour:

« Nébuleuse en évolution rétro-supra et infraclaviculaire à droite. Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax le 14 octobre 1942.

Avant:

Poids: 66 kil. 200	le 11 octobre
Température: 36°4-37°6	
Bacilloscopie positive	le 2 octobre
— négative	le 21 —
— négative	le 24 —
— positive	le 18 novembre

Radio: Pneumothorax droit avec bride ou plutôt suspension apicale et axillaire dont le film ne permet pas le bilan exact. Moignon dense, non homogène dans son lobe supérieur (28 octobre 1942).

Section totale: le 20 novembre 1942.

Après:

Poids: 66 kil. 800	le 8 décembre
— 67 killos.	le 29 —
— 68 kil. 90	le 30 janvier 1943
Température: 36°4-37°8	le 30 novembre 1942
— 36°6-37°7	le 21 —
— 36°3-37°3	le 22 —
Bacilloscopie positive	le 27 —
— positive	le 24 décembre
— négative	le 8 janvier 1942
— négative	le 1 ^{er} février 1943
(liquide gastrique)	

Radio: Chute du moignon. Image cavitaire régulière et réduite, pas de liquide dans le sinus (21 novembre 1942). Oblitération cavitaire (11 janvier 43).

Emphysème sous-cutané.

Aussitôt après l'intervention, apparition d'une petite zone de crépitation douloureuse sur le thorax. Collapsus pulmonaire convenable.

Deux jours plus tard, on note un emphysème très important, s'étendant jusqu'à l'abdomen.

L'infiltration cervicale provoque des troubles de la phonation.

Sous écran, le poumon est à la paroi.

On réinsuffle d'urgence et abondamment. On obtient un bon décollement. Mais le lobe inférieur ayant une tendance marquée à combler le sinus, on est obligé, le 5 décembre, de pratiquer un oléothorax: 40 cc. d'huile d'olive stérile en deux fois.

Très bonne évolution ultérieure.

OBSERVATION 13

Lom... Gaston, second-maître guetteur. Entre à l'Oratoire le 1^{er} août 1942, pour:

« Images ulcéro-caséeuses du sommet droit, avec cavité sous-claviculaire. Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax droit, le 7 août 1942.

Avant:

Poids: 63 kil. 200	le 3 août
— 65 kil. 400	le 1 ^{er} octobre
Température: 36°6-37°4	
Bacilloscopie positive	le 28 juillet 1942
— positive	le 11 août
— négative	le 17 septembre
— positive	le 13 octobre

Radio: Décollement inopérant malgré son importance.
Existence de brides du sommet. Moignon excavé.

Section totale: le 26 octobre 1942.

Après:

Poids: 64 kil. 500	le 10 novembre
— 69 kil. 700	le 1 ^{er} décembre
Température: 37°4-38°6	le 27 novembre
— 37°4-38°8	le 28 —
— 37°2-37°5	le 29 —
Bacilloscopie positive	le 6 novembre
— positive	le 19 —
— négative	le 7 décembre
— négative	le 10 —

Radio: Chute convenable du moignon dont le bord supéro-externe est anguleux en raison de la rigidité de la tranche sectionnée (26 novembre 1942,).

Atélectasie du lobe supérieur. Cavités non visibles (11 décembre).

Emphysème sous-cutané.

Le 27 octobre, il est localisé aux régions axillaire, sus et sous-claviculaires droites, cervicale. Il s'accompagne de dysphagie.

Le 29 octobre, il s'est étendu à l'abdomen, aux bourses qui sont énormes et au membre supérieur droit, dont il dissocie en faisceaux élégants les groupes musculaires jusqu'au poignet.

Le poumon revient à la paroi. On insuffle quotidiennement des 800, 1.000, 1.500 et 2.000 cc.

Le 1^{er} novembre, tentative de blocage huileux par injection intra-pleurale de 20 cc. d'huile d'olive stérile.

Le 5 novembre, nouvelle injection de 30 cc.

Petit à petit, les insufflations n'ont plus besoin d'être si abondantes. l'emphysème sous-cutané disparaît lentement.

Bonne évolution ultérieure radio-clinique.

3° EPANCHEMENTS PLEURAUX

Si l'on ne fait aucune distinction dans leur importance, les épanchements pleuraux immédiats sont très fréquents: nous en avons relevé 33 cas.

Mais, peut-on appeler épanchements ces minimes collections liquidiennes qui ne se manifestent par aucun signe clinique et qui ne sont révélés que par la radiologie sous forme d'un trait barrant le sinus? Non, évidemment. Il ne s'agit, en somme, dans ces cas, que du rassemblement au point déclive du peu de sang qui a pu s'écouler au moment de la section, et d'un peu de liquide résultant de l'irritation pleurale provoquée par l'intervention elle-même (chauffage, etc..) ou par la présence du sang extravasé.

On s'aperçoit d'ailleurs, lorsqu'on est obligé, pour une raison ou pour une autre, de refaire une pleuroscopie, peu de temps après la première, que ces petits épanchements ne s'accompagnent pas d'inflammation pleurale: la plèvre est normale d'aspect.

a) *Les épanchements hémorragiques*

soit immédiats, soit précoces, doivent être assez rares.

Nous n'avons relevé ici qu'un seul cas d'épanchement primitif immédiat par accident opératoire.

Pour les épanchements retardés, la chute d'escarre que l'on incriminait et dont on accusait la diathermo-coagulation, ne semble donc pas être en cause puisque c'est la méthode de Maurer (de Davos) qui fut utilisée et qu'elle n'en a provoqué aucun.

OBSERVATION 14

Pla... Louis, ouvrier: Chantiers navals. Entre à l'Oratoire le 1^{er} juin 1942, pour:

« Poumon droit: infiltration ulcéro-caséuse du tiers supérieur, cavité sous-claviculaire.

« Poumon gauche: infiltration plus discrète du sommet.

« Bacilloscopie positive.

Création d'un pneumothorax droit le 5 juin 1942.

Avant:

Poids: 63 kil. 700	le 1 ^{er} juillet 1942
— 64 kil. 500	le 3 août
— 63 kil. 200	le 15 septembre
Température: 36°4-37°1	
Bacilloscopie positive	le 30 mai
— positive	le 11 juin
— positive	le 7 juillet
— négative	le 26 août
— positive	le 10 septembre

Radio: Bon décollement du poumon droit sur toute son étendue, sauf au niveau d'une bride apicale externe. Parenchyme pulmonaire inchangé (19 juin 1942).

Bon collapsus du poumon droit mais bride importante siégeant apparemment à la partie externe du sommet. Cavité réduite (24 août 1942).

L'image radiologique du poumon droit n'est pas satisfaisante. Cavité stationnaire (11 septembre 1942).

Section partielle: le 15 septembre 1942.

Injection préventive de un centigramme de morphine en raison du tempérament excité du malade. Sous anesthésie locale, pleuroscopie à vision directe par voie axillaire postérieure dans le deuxième espace.

On voit au sommet, suspendu en arrière, à son dôme, et en avant par un voile en cimier de casque que renforcent plusieurs piliers.

La base d'implantation viscérale de la bride postérieure est très violacée: elle correspond vraisemblablement au maximum des lésions.

On introduit le cautère par voie transpectorale dans le premier espace.

On cautérise tout ce qui est postérieur au ras de la paroi, et il s'en suit une chute notable du poumon.

Un mouvement du malade, qui est incapable de calme, fait piquer la partie interne et antérieure du voile qui est vascularisée par la pointe du cautère: un écoulement sanguin filiforme continu se produit. La diathermo-coagulation ne l'atteint pas convenablement mais il tend spontanément à diminuer. On ne poursuit donc pas la tentative de coagulation.

Le moignon reste ainsi maintenu sur une petite surface antérieure et interne par un système adhérentiel vertical très court.

Bonne visibilité sur tout le reste de la chambre de décollement.

Fermeture de la paroi par deux agrafes.

On réaspire le poumon pour le mettre en bonne position,

Pression intrapleurale: -2, -4.

Après:

Hémothorax. — Un quart d'heure après l'intervention: deux travers de doigt de liquide (sang) dans le sinus.

Trois heures après l'intervention: image radiologique sensiblement superposable.

Douze heures après l'intervention: le niveau du liquide est un peu plus élevé mais sans que la quantité de sang épanché ait augmenté. Il est vraisemblable que le poumon revenant à la paroi par suite d'échappement d'air, le niveau liquide monte mais sans qu'il y ait persistance de l'hémorragie.

Le 3 octobre: ponction évacutrice: on retire environ 750 cc. de liquide hématique un peu noirâtre.

Le 10 octobre: ponction évacutrice: on retire environ 300 cc. de liquide hématique. Après la ponction, sous écran radioscopique, seule la partie toute inférieure du sinus paraît occupée par du liquide.

Poids: 62 k. 400	le 22 septembre 1942
— 61 kil. 100	le 6 octobre
Température: légèrement élevée.	
Bacilloscopie négative	le 28 septembre
— négative	le 9 octobre
— négative	le 10 octobre
(liquide gastrique)	

Radio: Pneumothorax droit efficace, électif. Résorption du liquide sinusal. Suspension supéro-interne du moignon mais cavité bien collabée, à peine visible.

b) *Les épanchements séro-fibrineux*

Nous en avons relevé sept cas. Mais il faut préciser:

Deux cas seulement furent vrais, consécutifs à une perforation latente qui se manifesta plus tard.

Les autres ne furent que l'exagération d'un état préexistant à l'intervention, d'origine vraisemblablement mécanique.

Nous n'avons relevé ici aucun cas d'épanchement ayant suivi une section dans une cavité pleurale sèche.

La plèvre était toujours enflammée, elle avait réagi déjà en sécrétant un peu de liquide; elle était prédisposée à exsuder.

Si l'on a supprimé parfois la cause de cette inflammation en sectionnant les brides qui tiraillaient la plèvre, on peut penser que l'on avait du même coup créé de petits corps étrangers, tels que débris calcinés ou fragments tissulaires. Ces éléments, qui ne sont pas capables de provoquer une réaction liquidienne abondante sur une plèvre saine peuvent l'entretenir quand elle existe déjà, ou même l'augmenter.

Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer les effets du chauffage sur la plèvre et l'on constate que c'est dans les brides importantes nécessitant une longue cautérisation que l'épanchement se produit de préférence.

Le tableau clinique est assez caractéristique: température élevée et persistante après l'intervention. Accompagnée d'un point de côté net. Amaigrissement notable qui manque rarement, bien que la bacilloscopie ait pu devenir négative.

OBSERVATION 15

Uri... Albert, 37 ans, second maître cannonier. Entre à l'Oratoire le 27 juin ,pour:

« Infiltration pommelée du tiers supérieur du poumon droit. Cavité sous-claviculaire à la partie moyenne. Rien à gauche.

« Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax droit le 1^{er} juillet 1942.

Après:

Poids: 57 kil. 600	le 27 juin 1942
— 58 kil. 900	le 16 juillet
— 59 kil. 700	le 30 —
Température: 37°-37°4	
Bacilloscopie positive	le 24 juin
— négative	le 9 juillet
— positive	le 13 —
— positive	le 30 —

Radio: Bon décollement de tout le poumon droit. Mais large bride retenant le pôle supérieur du lobe inférieur. Les lobes supérieur et moyen sont collabés. La cavité reste béante dans le lobe inférieur.

Un peu de liquide dans le sinus.

Section le 11 août 1942..

Gros pilier postérieur nécessitant une longue cautérisation.

Après:

Hydropneumothorax droit, remontant jusqu'au 8^e espace postérieur (13 août).

Le 14 août, après anesthésie de la paroi: ponction évacuatrice au trocart de Meyer. On retire 1300 cc. de liquide citrin foncé.

Le 10 septembre: le liquide a beaucoup diminué.

Poids: 57 kil. 300	le 18 août
— 58 kil. 400	le 1 ^{er} septembre
— 58 kil. 100	le 1 ^{er} octobre
Température: 37°6-38°3	le 11 août
— 38°3-39°1	le 12 —
— 38°1-38°8	le 13 —
— 37°8-38°4	le 14 —
— 37°9-38°2	le 15 —
— 37°6-38°1	le 16 —
— 37°6-37°7	le 17 —
— 37° -37°3	le 21 —
Bacilloscopie positive	le 22 —
— négative	le 27 —
— négative	le 29 —
— négative	le 23 septembre
(liquide gastrique)	

Radio: oblitération quasi-complète de la caverne (13 août 1942).

Disparition de la caverne (10 septembre 1942).

OBSERVATION 16

Gue... François, 24 ans, quartier-maître de manœuvre. Entre à l'Oratoire, le 5 juin 1942, pour:

« Infiltrat ulcéro-caséux de la moitié supérieure du poumon droit. Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax droit le 5 juin 1942.

Avant:

Poids: 53 kil. 800	le 5 juin 1942
— 54 kil. 300	le 15 —
— 56 kil. 700	le 1 ^{er} juillet
— 57 kil.	le 15 —
Température: 36°4-36°8	le 18 —
— 36°8-37°	le 19 —
Bacilloscopie positive	le 4 juin
— positive	le 7 juillet

Radio: Pneumothorax décollant tout le poumon, sauf sa partie supéro-externe qui est bridée. Le collapsus n'est pas satisfaisant (10 juin 1942).

Pneumothorax bridé dans la région axillaire. Moignon peu homogène, mais sans ulcération typique.

Apparition à droite de *deux travers de loigt de liquide* au-dessus du diaphragme.

Section de brides le 20 juillet 1942.

Après:

Epanchement pleural affleurant l'extrémité antérieure de la 6^e côte. La ponction retire un liquide citrin.

Poids: 54 kil. 400	le 28 juillet 1942
— 54 kil. 500	le 4 août
— 54 kil. 200	le 16 août
Température: 36°7-37°3	le 20 juillet
— 37° -37°3	le 21 juillet
— 36°6-37°7	du 24 juillet
(oscillante)	au 14 août
— 36°6-37°	le 15 août
Bacilloscopie positive	le 24 juillet
— positive	le 31 juillet
— négative	le 7 août
— négative	le 11 août

Radios: Collapsus total. Moignon sensiblement homogène (22 juillet).

Bon collapsus des lésions (3 août 1942).

c) *Epanchements purulents*

Nous n'en avons rencontré aucun qui puisse mériter l'appellation de primitif. Par contre, nous avons pu étudier trois exemples d'emphysème secondaire.

— Dans un cas, il s'agissait d'un épanchement séro-fibrineux de telle importance que les signes fonctionnels en devenaient alarmants.

Nous fûmes donc amené à ponctionner et à soustraire une abondante quantité de liquide: un litre.

Comme l'épanchement se reformait très rapidement, il fallut, à plusieurs reprises, renouveler l'évacuation.

Et l'on s'aperçut, un beau jour, que le liquide, de citrin, était devenu louche, pour passer ensuite à l'état purulent.

Il n'y avait alors aucun signe physique ou radiologique de perforation: pression au voisinage du zéro, moignon mobile.

Faut-il alors accuser la circulation générale d'avoir amené dans ce liquide le germe responsable de la suppuration?

Nous croyons qu'il vaut mieux, pour être plus près de la vérité, accepter que ce germe, qui était du staphylocoque doré, était passé de la peau à la plèvre au cours d'une ponction.

— Dans les deux autres cas, l'épanchement avait été d'abord séro-fibrineux, les signes radiologiques et manométriques, dans les jours qui suivirent la section de brides, avaient été tout à fait normaux. Seule, une température élevée était inquiétante, qui faisait craindre une évolution aiguë du processus dans le moignon.

Cette évolution s'est faite, en effet, jusqu'à la perforation.

Alors, seulement, l'épanchement a changé d'aspect et est devenu purulent; mais l'on n'a pu découvrir dans ce pus aucun germe autre que le bacille de Koch.

OBSERVATION 17

Co... Joseph, 37 ans, ouvrier auxiliaire. Entre à l'Oratoire le 25 juin 1942, pour:

« Image de lobite supérieure droite bien délimitée par la ligne de scissure; opacité non homogène avec foyer de ramollissement possible se projetant sur et sous l'extrémité antérieure de la première côte.

« Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax droit le 26 juin 1942.

Avant:

Poids: 49 kil. 900	le 25 juin 1942
— 49 kil. 500	le 1 ^{er} juillet
Température: 37°-37°8	
Bacilloscopie positive	le 24 juin
— positive	le 7 juillet

Radio: Bon décollement du poumon droit sur toute sa hauteur, mais la cavité est maintenue béante par une bride partant du sommet parfaitement repérable.

Hémoptysies récidivantes à la suite de la création du pneumothorax. Depuis le 10 juillet, le malade remplit un fond de crachoir de sang tous les jours.

La présence de la bride explique ces hémorragies et l'on décide sa section.

Section totale: le 16 juillet 1942.

Après:

Disparition des hémoptysies.

Emphysème sous-cutané discret.

Température strictement normale.

Radio: Collapsus complet. On voit encore une image claire qui siège au milieu du 2^e espace intercostal. Lobe supérieur condensé.

Au-dessus du diaphragme: infiltration tigrée du type post-hémoptoïque.

Mais, à partir du 24 juillet s'installe une fièvre élevée à grandes oscillations. Le malade ne se plaint de rien de bien spécial: point de côté à droite et crampes épigastriques.

Les différentes scopies, pratiquées depuis l'intervention, ont montré la formation progressive de liquide dont le niveau remonte à un travers de doigt au-dessus du mamelon. Ponction au trocart de Meyer. Soustraction de deux litres et demi d'un liquide citrin (1^{er} septembre).

Le liquide se reproduit, on le respecte provisoirement.

Le 11 septembre: ponction évacuatrice de 700 cc. de liquide citrin clair. Image scopique satisfaisante. Bon moignon, mais, du côté opposé, à gauche: infiltrat sous-claviculaire.

Le 19 octobre: deux crises de dyspnée intense, avec tendance lipothymique, motivent une ponction pleurale évacuatrice: un litre de liquide jaune citrin.

Le 20 octobre: Pleuroscopie de contrôle: moignon qui respire tant bien que mal sous une cuirasse pleurale blanche, un peu tomanteuse. La plèvre pariétale est beaucoup moins atteinte que la plèvre viscérale, ce qui traduit une évolution sous-jacente.

Le 23 octobre: ponction évacuatrice: 500 cc. de liquide citrin clair.

Le 28 octobre: lavage pleural au Dakin: on retire 200 cc. de liquide louche.

Le 29 octobre: pleurésie purulente, compliquant un épanchement séro-fibrineux.

Examen bactériologique: staphylocoque dorée.

Le 4 novembre: décès.

Poids: 44 kil. 400	le 17 août
— 39 kil. 200	le 15 septembre
— 39 kil. 700	le 6 octobre
Bacilloscopies constamment positives	

.OBSERVATION 18

Jul.. Pierre, 24 ans, quartier-maître commis. Entre à l'Oratoire le 17 juin 1942, pour:

« Images ulcéro-caséieuses des deux tiers supérieurs du poumon gauche, avec zones de fonte multiples. A droite, petit infiltrat axillaire. Bacilloscopie fortement positive ».

Création d'un pneumothorax gauche le 17 juin 1942.

Avant:

Poids: 59 kil. 600	le 17 juin 1942
— 58 kil. 700	le 1 ^{er} juillet
— 57 kil. 200	le 31 juillet

Température: 36°2-36°8

Bacilloscopie positive	le 16 juin 1942
— positive	le 23 —
— positive	le 15 juillet

Radios: Moignon non homogène: infiltré et excavé au niveau de sa moitié supérieure surtout. Brides apicales peu nettes mais très probables.

A droite: infiltrat axillaire discret (11 juillet).

Pneumothorax gauche. Moignon infiltré dans sa moitié supérieure grandement excavé, sans système suspensif nettement visible.

A droite, sur la ligne axillaire, infiltrat à hauteur des 2° et 4° côtes.

Réaction liquidienne, légère d'abord, puis augmente d'importance.

14 et 22 octobre: ponction pleurale, liquide citrin.

31 octobre: hydropneumothorax gauche avec écrasement du moignon contre le médiastin. Les lésions persistant sous-collapsus complet ont évolué vers la perforation vérifiée à la pleuroscopie.

27 et 28 novembre: on évacue 800 cc. de pus. On lave la plèvre au Dakin. Le liquide s'améliore.

22 et 25 décembre: ponction évacuatrice et lavage. Le pus est plus fluide.

Injection de 5 cc. de bleu de méthylène que l'on ne retrouve pas le jour suivant dans les crachats. La perforation semble colmatée.

Poids: 55 kilos	le 11 août
— 54 kil. 600	le 8 septembre
— 52 kil. 800	le 6 octobre
— 54 kil. 400	le 23 décembre

Température élevée, irrégulière, à grandes oscillations, puis se stabilisant et redevenant normales.

Bacilloscopie constamment positive.

Radios: Chute complète du moignon qui est excavé. Un doigt de liquide dans le sinus (9 août 1942).

Moignon très excavé à gauche. A droite, infiltration croisée de la partie moyenne et inférieure du poumon (11 septembre).

Ecrasement du moignon contre le médiastin signant de toute évidence la perforation (28 octobre).

4° INERTIE ET SOUFFLAGE CAVITAIRES

Après une intervention dont les résultats techniques ont été excellents et dont on serait en droit d'attendre les meilleurs résultats cliniques, on est étonné et déçu en suivant le malade en radiologie de voir que la cavité ne se collabe pas: on dit qu'il y a « inertie cavitaire ».

Bien plus, il peut se faire que la cavité, non seulement ne diminue pas de volume, mais, au contraire, augmente: on parle alors de « soufflage cavitaire ».

a) *Inertie*. — La caverne reste telle qu'elle était. Elle est moulée dans le tissu pulmonaire et celui-ci en garde l'empreinte.

Nous en avons relevé quatre observations. Il s'agissait de cavernes anciennes et pour lesquelles un pneumothorax avait été institué depuis longtemps déjà.

Ces notions d'âge, tant de la cavité que du pneumothorax, permettent de comprendre l'origine de l'inertie: le tissu pulmonaire péricavitaire est scléreux. La plèvre est dure, épaissie; rien n'est plus élastique et tout reste figé dans sa forme première.

En somme, la section de brides n'a libéré aucune force rétractile. Bridée ou libre, cette caverne évoluera généralement vers la perforation qui est le terme ultime le plus souvent rencontré dans l'inertie cavitaire.

Nous en avons vu trois cas. Dans le dernier, nous avons été assez heureux pour provoquer la rétraction de cette caverne inerte en injectant dans la plèvre une solution de quinine-uréthane.

OBSERVATION 19

Talb... Alain, 22 ans, quartier-maitre cuisinier. Entre à l'Oratoire le 27 août 1942, pour:

« Lobite supérieure droite excavée et petit noyau sous-claviculaire bas gauche. Bacilloscopie positive ».

Pneumothorax thérapeutique déjà créé le 30 juin 1942.

Avant:

Poids: 53 kil. 450	le 27 août
Température: 36°5-37	
Bacilloscopie positive	le 26 août
— négative	le 31 août

Radio: Pneumothorax droit avec moignon très collabé, non homogène, suspendu au sommet. Petit pain à cacheter dans le 3^e espace intercostal gauche antérieur.

Section partielle: le 8 septembre 1942.

Après:

Poids: 52 kil. 100	le 15 septembre
— 53 kil. 100	le 6 octobre
Température: aucune réaction thermique.	
Bacilloscopie négative	le 18 septembre
— positive	le 28 —
— positive	le 2 octobre
— positive	le 9 —

Radio: Collapsus incomplet. Persistance d'une suspension apicale.

Section totale: le 16 octobre 1942.

Après:

Poids: 55 kil. 100	le 20 octobre
— 57 kil. 400	le 18 novembre
— 58 kil. 600	le 21 décembre
— 59 kil. 800	le 30 janvier 1943
Température: réaction thermique élevée le lendemain et le surlendemain de l'intervention.	
Bacilloscopie positive	le 23 octobre
— négative	le 30 —
— positive	le 6 novembre
— positive	le 7 décembre
— positive	le 12 janvier 1943

Radios: Moignon collabé, mais on voit toujours les excavations dans le lobe supérieur (16 octobre 1942).

Persistance d'ulcération dans le moignon sous pneumothorax après section de brides: *inertie cavitaire* (29 novembre 1942).

Inertie cavitaire:

Le 29 novembre: injection de quinine-uréthane intrapleurale.

Le 30 novembre: petite réaction fébrile.

3 décembre: nouvelle injection, nouvelle réaction.

On renouvelle ces injections les 7 et 10 décembre, elles sont suivies de la même ascension thermique à 37°8 et 38°.

Radio: Petit épanchement droit. Les ulcérations du moignon diminuent (10 janvier 1943).

Les ulcérations sont en nette régression. Niveau liquide suspendu peu important. Ensemencement gauche aggravé.

b) *Soufflage*. — Nous en avons vu deux cas. Le collapsus immédiat avait été satisfaisant. C'est au quinzième jour seulement que la cavité s'était mise à augmenter de volume jusqu'à prendre des proportions considérables. Dans un des deux cas, en particulier, elle avait un véritable aspect de bulle avec toute sa transparence et sa dangereuse fragilité.

Comment expliquer ce phénomène?

Une fois la bride sectionnée, le poumon est revenu sur lui-même. On peut alors concevoir un système de bronche coudée, formant clapet, de telle sorte que l'air puisse pénétrer dans la caverne pendant l'inspiration et n'en puisse plus sortir à l'expiration.

Cette explication est en somme assez satisfaisante. Mais si cela se passait toujours ainsi, il suffirait de désinsuffler le pneumothorax pour ramener le poumon à sa position première et réduire ainsi le soufflage, sinon la caverne elle-même. Or, les exsufflations n'en ont pas toujours raison.

Il y a donc des cas dont le mécanisme pathogénique nous échappe.

Quelle conduite tenir?

On dit: relâcher le pneumothorax, diminuer le collapsus pour éviter l'éclatement de la cavité.

Nous voyons à cela deux objections:

— Si on laisse la pression baisser dans la cavité pleurale, il nous semble que c'est à ce moment-là surtout que l'on risque la rupture; et l'épreuve l'a souvent montré.

— D'autre part, en relâchant le pneumothorax, le poumon va revenir à la paroi et ce sera vraisemblablement la symphyse et la perte de tout le bénéfice de la collapsothérapie gazeuse.

Dans les deux cas que nous avons pu étudier, nous avons préféré, au contraire, pousser le pneumothorax pour coller cette cavité malgré elle, contre son gré.

Et nous pensions que si nous n'arrivions pas à en réduire les dimensions, du moins nous équilibrerions les pressions de part et d'autre de sa paroi, pour en éviter la rupture.

Nous sommes même allés jusqu'à réaliser des pressions positives.

Les résultats de cette manière de faire furent satisfaisants.

OBSERVATION 20

Gro... Jean, 38 ans, second-maitre-maitre d'hôtel. Entre à l'Oratoire le 12 septembre 1942 pour:

« A gauche: Ulcération du volume d'un œuf sur fond marbré, rétro et infra claviculaire.

« A droite: en regard de la tête de la première côte: densification. Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax gauche le 9 octobre 1942.

Avant:

Poids: 62 kil. 300	le 15 septembre
— 63 kil.	le 15 novembre
Température: 36°7-37°1	
Bacilloscopie positive	le 21 septembre
— positive	le 13 octobre
— positive	le 3 novembre

Radio: Pneumothorax décollant la face pariétale du poumon. Système adhérentiel de l'extrême sommet. Brides axillaires. Cavité diminuée de volume, mais étirée.

Section totale le 18 novembre 1942.

Après:

Poids: 62 kil. 400	le 1 ^{er} décembre
— 61 kil. 400	le 16 —
— 61 kil. 200	le 15 janvier 1943
Température: aucune réaction thermique anormale.	

Bacilloscopie positive	le 27 novembre 1942 .
— positive	le 7 décembre
— négative	le 21 décembre
— négative	le 5 janvier 1943
— négative	le 19 —

(liquide gastrique)

Radios: Collapsus immédiat satisfaisant. Cavités légèrement diminuées de volume (18 novembre 1942).

Augmentation progressive du volume de la cavité;

Soufflage cavitaire (8 décembre 1942).

Soufflage cavitaire, constaté le 8 décembre 1942.

Le 10 décembre: insufflation:

Pression initiale : —2 —5

Quantité d'air : 250

Pression terminale: —1/2 —3

Le 14 décembre:

Pression initiale : —1 —3

Quantité d'air : 300

Pression terminale: 0 —2

Le 17 décembre:

Pression initiale : —1 —3

Quantité d'air : 300

Pression terminale: 0 —2

Le 21 décembre:

Pression initiale : —1 —3

Quantité d'air : 1.500

Pression terminale: 0 —1

Le 28 décembre:

Pression initiale : —1 —4

Quantité d'air : 1.000

Pression terminale: +1/2 —1

Le 31 décembre:

Pression initiale : —1 —2

Quantité d'air : 550

Pression terminale: +1/2 —1

Le 21 janvier 1943:

Pression initiale : —2 —7

Quantité d'air : 500

Pression terminale: +1 —2

Les radios pratiquées septre temps montrent:

Le 31 décembre: oblitération progressive.

10 janvier: oblitération encore accrue.

21 janvier: plus aucune trace d'ulcération,

5° PERFORATION

Il ne faut pas croire que la perforation se fasse toujours d'une façon brutale, donnant lieu à un tableau dramatique.

Dans les quatre cas que nous avons observés, l'accident s'était produit d'une manière toute insidieuse, à bas bruit, sans point de côté, sans dyspnée, et son existence fut une découverte radiologique.

Jamais de perforation pendant l'opération. Cela provient sans doute de la crainte qu'un tel accident nous a toujours inspiré, de la prudence avec laquelle nous avons agi, examinant minutieusement chaque bride avant sa section, vérifiant par la transillumination qu'elle n'était pas tunnelisée.

Ne jamais perdre le cautère de vue. Ne jamais évoluer dans la cavité pleurale avec un cautère chaud : deux principes qui nous ont évité certainement plus d'un accident : une secousse de toux, un mouvement involontaire du malade, ayant tôt fait d'embrocher le poumon sur le cautère.

Les trois cas de perforation ont été tardifs. Pas plus ici que pour les hémorragies tardives, nous ne croyons pouvoir incriminer une chute d'escarre.

Des mécanismes plus simples expliquent, en effet, la pathogénie de l'accident, les perforations ayant été provoquées soit par l'évolution inexorable des lésions non colabées dans le moignon, soit par la rupture d'une caverne inerte.

OBSERVATION 21

Boc... Jean, 31 ans, second-maitre tailleur. Entre à l'Oratoire le 27 août 1942 pour : « Lobite supérieure gauche excavée. Infiltration de la région parahilaire supérieure droite. Bacilloscopie positive ».

Création d'un pneumothorax gauche le 28 août 1942.

Avant:

Poids: 59 kil. 400	le 27 août
— 61 kil. 550	le 15 septembre
— 61 kil. 100	le 1 ^{er} octobre
Température: sensiblement normale.	
Bacilloscopie positive	le 26 août
— positive	le 3 septembre
— positive	le 8 octobre

Radio: Pneumothorax thérapeutique gauche adhérent au sommet sans qu'on puisse distinguer de brides. Lésions insuffisamment collabées.

Section grande partielle le 14 octobre 1942.

Après:

Perforation. - Les jours qui suivirent l'intervention: température élevée, jusqu'à 39°5.

Cette température fut attribuée à une petite réaction liquidienne.

Mais cet épanchement augmente d'abondance: le 29 octobre, il a une hauteur de 4 à 5 travers de doigt; ce qui motive une ponction évacuatrice: on retire 250 cc, environ d'un liquide séro-hématique.

La température ne baisse toujours pas et d'autre part, la radio laisse craindre une évolution des lésions dans le moignon exposé de ce fait, à se perforer.

La perforation se produit en effet: on la constate le 17 novembre à l'écran radioscopique.

Le 21 novembre: température à grandes oscillations. Quintes de toux fréquentes. Expectoration abondante.

Radio: Moignon immobile, affaissé. Niveau liquide affleurant l'arc antérieur de la V^e côte.

Les jours suivants: ponctions évacuatrices. Lavages des plèvres.

Décédé le 28 février 1943.

Les bacilloscopies étaient restées constamment positives et le poids était passé de 60 k. 600 le 27 octobre, à 54 k. 200 le 16 février.

6° ERYTHÈME NOUEUX

Nous reprendrons ici en détails l'observation 8, déjà citée, à propos des variations post-opératoires de la bacilloscopie.

Sez... Jean, 19 ans, matelot fusilier. Entre à l'Oratoire le 27 août 1942, pour :

« Tuberculose pulmonaire droite ».

Il a bonne allure: 1 m. 65, 56 kilos. Il est apyrétique.

Il crache un peu le matin, et c'est parce qu'il a vu, quelques jours auparavant, ses crachats teintés de sang qu'il s'est présenté à la visite à bord.

La radiographie montre un infiltrat intercléido-hilaire interne droit, avec une image piriforme, ulcérée, de la taille d'une petite figue, suspendue au bord du médiastin, sous la clavicule, et, dans les parties basses du lobe supérieur, une petite granité post-hémoptoïque.

A gauche: rien de frappant.

Bacilloscopie positive. Cuti-réaction vive.

Création d'un pneumothorax droit le 28 août 1942, qui donne rapidement des preuves d'efficacité: stérilisation des crachats à la fin du premier mois et du liquide gastrique à la fin du troisième.

Mais le moignon pulmonaire est tiraillé par une bride apicale et l'ulcération est toujours représentée par une petite tache claire, ce qui motive une pleuroscopie, suivie de *section de brides*, le 15 décembre.

L'intervention est facile, brève, sans aucune complication locale ni générale

Le 17 décembre: apparition d'une éruption cutanée, constituée par des nodosités violacées, sensibles à la pression mais non douloureuses, siégeant au coude gauche et sur la face antérieure des jambes. Deux se voient en plein front. Ces nodosités sont peu nombreuses une trentaine environ au total.

Cette éruption est éphémère: le 20 au matin, les premiers éléments s'effacent et le lendemain tout a disparu.

Nous avons pu éliminer toute cause toxique ou infec-

ieuse autre que l'origine bacillaire, susceptible de produire une telle éruption.

Il s'est donc agi d'un érythème nouveau discret, mais certain, qui a duré trois jours environ, et lié de toute évidence à l'intervention pratiquée sur le poumon.

Il est à noter que si ce poumon n'émettait plus de bacilles dans les crachats depuis trois mois, cette stérilisation n'existait qu'en apparence. Il en récelait toujours puisqu'une bacilloscopie a été positive le 28 décembre dans l'expectoration qui s'était un instant reproduite.

A la suite de l'intervention, le malade maigrit de 3 kilos. Il pâlit.

Mais, fin janvier, les crachats, devenus salivaires, se tarissent: ils ne contiennent plus de bacilles.

La culture du liquide gastrique sur milieu de Lowenstein, pratiquée à deux reprises, en janvier et février, se révéla négative.

Au même moment, on assiste à une reprise pondérale et, après ce déclin passager, l'allure du malade redevient floride.

7° BILATÉRALISATION. — GÉNÉRALISATION

Il faut toujours être prudent avant d'accuser, de peur d'être injuste dans ses accusations.

On rend facilement la section de brides responsables de certains cas de bilatéralisation ou de généralisation de la tuberculose.

En fait, si ces cas existent, ils sont certainement très rares. Ce que l'on voit souvent, c'est une évolution dans le côté opposé, mais qui avait débuté avant la section de brides: on avait vu le malade trop tard ou bien il s'agissait d'un de

ces cas à potentiel évolutif particulièrement marqué, auxquels Etienne Bernard donne le nom de « Tuberculose grave d'une seule tenue », contre lesquels on est véritablement désarmé et qui suivent leur cours, quoiqu'on fasse.

On ne peut nier cependant que le côté opposé au poumon collabé ne soit soumis à un surmenage par vicariance qui favorise immédiatement l'aggravation locale des lésions.

L'observation que nous rapportons nous paraît typique à cet égard.

OBSERVATION 22

Le Di... Ernest, 32 ans, inscrit maritime. Entre à l'Oratoire le 5 août 1942 pour:

« A droite: image de broncho-pneumonie occupant toute la plage pulmonaire.

« A gauche: ensemenement croisé au niveau de la partie moyenne ».

Création d'un pneumothorax droit le 1er septembre 1942.

Avant:

Poids: 61 kil. 600 le 8 août

— 62 kil. 400 le 25 août

Température: 36°-5-37° ; puis, dans les quelques jours qui précèdent l'intervention, à la suite d'hémoptysies, élévation à 38°-39°

Bacilloscopie positive le 31 juillet 1942

— négative le 1^{er} août

— positive le 3 août

— positive le 25 août

Radio: Pneumothorax excavé suspendu.

Hémoptysies récidivantes.

Section de brides le 10 septembre 1942.

Après:

Poids: 57 kil. 700 le 27 septembre

— 55 kil. 100 le 15 octobre

— 55 kil. 200 le 2 novembre

— 52 kil. 500 le 21 décembre

Radio: A droite: Collapsus convenable.

A gauche: aggravation de l'infiltrat.

Le 6 octobre: Pleurésie de la base gauche. Création d'une pneumo-séreuse pour disposer d'une cavité libre au cas où une évolution parenchymateuse obligerait à mettre le poumon sous pneumothorax.

Les jours suivans, la température baisse pour devenir quasi normale.

En novembre: nouvelles hémoptysies.

Les examens radiologiques montrent une infiltration du tiers supérieur du poumon gauche avec pachypleurite de la base.

Décédé le 25 janvier 1943.

CONCLUSIONS

L'opération de Jacobaeus est bénigne dans ses suites et « doit » le rester entre les mains d'un opérateur quelque peu entraîné.

Les complications sont rares et, quand elles existent, généralement sans gravité.

L'emphysème sous-cutané est une des plus fréquentes, ensuite l'épanchement, encore faut-il répéter qu'il n'a été le plus souvent qu'une exagération d'un processus exsudatif préexistant, nécessitant son évacuation avant l'opération quand il était important.

La sulfamidothérapie *per os* et « intra-pleurale » (Solutaptazine) semble mettre à l'abri du pyothorax primitif ou par transformation, après les interventions en plèvre ponctionnée ou bien dans les opérations laborieuses et longues en plèvre sèche, quand la cavité pleurale est plus ou moins encombrée de dépôts tissulaires calcinés ou de sang.

Il n'y a que des avantages à ce que la section de brides soit précoce: nous l'avons ici pratiquée dans les premières semaines qui suivent la création du pneumothorax.

La rupture spontanée se fait souvent au prix d'une perforation pulmonaire.

La section doit être autant que possible complète; c'est dans ces conditions que les suites ont le plus de chance d'être simples.

Il est parfois moins dangereux de respecter un système de brides que de le sectionner incomplètement, car on risque de faire supporter à la portion restante le poids et la traction qui était antérieurement répartis sur l'ensemble et partant moindres.

Les suites ne sont pas différentes dans les interventions pratiquées d'un seul côté ou des deux. Il suffit de relâcher, pendant la durée de l'intervention, le poumon non opéré qui, prenant de l'aire, assurera l'intérêt de l'autre.

Ainsi, l'opération de Jacobaeus ne compte pas à son passif de suites bien sérieuses, tout en ayant à son actif des résultats dont nous ferons état ici, au risque de dépasser le cadre de ce travail.

En effet, sur 59 sections totales, 42, qui sont restées pour la plupart sans lendemain pathologique, ont amené une guérison bactériologique et clinique dans le mois qui a suivi ou les deux mois au plus tard.

Et nous sommes tentés d'ajouter qu'observées avec un recul de six mois à un an, elles apportent des raisons nouvelles de croire en cette intervention qui fait courir si peu de risques pour des résultats aussi brillants.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD (J.). — Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax et de l'oléothorax. *Thèse de Paris*, 1932.
- BERNARD et TRIBOULET. — La section de brides dans le pneumothorax artificiel. *Presse Médicale*, 16 juillet 1932.
- BERNOU, MARECAUX et CANONNE. — Symphyse pleurale tardive après section de brides. *Rev. de la Tub.*, janv. 38, p. 51.
- BOURGEOIS. — Contribution à l'étude des sections d'adhérences. *Thèse de Lyon*, 1936-37.
- BRISAUD. — Sections de brides par la méthode de Jacobaeus. *Rev. de la Tub.*, avril 30, p. 452.
- CANTEGRIL. — Résultats des sections de brides au cours du pneumothorax 20 observations personnelles. *Toulouse Médical*, nov. 34.
- Résultats de 70 sections de brides au cours du pneumothorax. *Toulouse Médical*, déc. 35.
- CANTEGRIL et FERRIÉ. — L'emphysème sous-pleuro-cervical. *Rev. de la Tub.*, fév. 37, p. 197.
- CAZENAVE. — Erythème noueux après section de brides. *Rev. d'études scientifiques sur la Tub.* (zone libre), mars 1943.
- CLUZEL. — Section des adhérences pleurales sous contrôle pleuroscopique au cours du pneumothorax thérapeutique. *Thèse de oBrdeaux*, 1936-37.
- COULAUD. — La libération des brides adhérentielles dans le pneumothorax artificiel par la méthode de Jacobaeus. *Rev. de la Tub.*, avril 1930, p. 438.
- 350 sections de brides par la méthode de Jacobaeus. *Rev. de la Tub.*, mars 1935, p. 314.
- La section de brides au cours du pneumothorax thérapeutique. *Bulletin Médical*, 22 déc. 1935.
- DAVY. — Pneumothorax inefficaces et sections d'adhérences. *Rev. de la Tub.*, nov. 1932, p. 943.
- DERIDER et CLERENS. — Résultat idéal d'opération de Jacobaeus. *Bruxelles Médical*, 5 mai 1935.

- DERSHEID et TOUSSAINT. — Section d'adhérences et fistules. *Bruxelles Médical*, 29 mars 1936.
- Tentatives avortées de pneumolyse au cours de pneumothorax thérapeutique. Résultats paradoxaux. *Rev. de la Tub.*, octobre 1937.
- Résection des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel. Statistiques comparées avec la phrénicectomie et la thoracoplastie apicale. *Rev. belge de la Tub.*, 1933, pp. 144-181.
- D'HOOR. — Sections d'adhérences dans un pneumothorax thérapeutique. Résultat éloigné. *Rev. de la Tub.*, mars 1930.
- DOUADY. — La section des brides pleurales dans le pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1932.
- DOUADY et MEYER. — Manuel de pleuroscopie et de section de brides dans le pneumothorax artificiel.
- La section intra-pleurale des adhérences dans le pneumothorax artificiel. *Arch. Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, n° 5, T. VI.
- La section des brides pleurales dans le pneumothorax thérapeutique. *Pratique Méd. Franç.*, fév. 1931.
- La désinsertion sous-pleurale des adhérences dans le pneumothorax artificiel. *Paris Médical*, 2 janv. 1932.
- Les adhérences pleurales dans le pneumothorax artificiel. *Presse Médicale*, 27 avril 1932, p. 653.
- DOUADY et CONTADES. — Indications de la pleuroscopie et de la section des adhérences pleurales dans les pneumothorax incomplets et inefficaces. *Marseille Médical*, 5 février 1932.
- DOUADY, PATOIR et SWYNGHEDAUW. — A propos de deux résultats de sections de brides. *Nord Médical*, n° 809, nov. 1933.
- DOUADY et LE SEAC'H. — Quelques considérations cliniques et techniques sur les sections de brides. *Soc. des Méd. de Santé et de dispensaires d'hygiène sociale*, oct. 1936.
- DOUADY. — Quelques remarques sur les indications et la technique des sections de brides pleurales. *Gaz. Méd. de France*, T. 44, n° 20, 15 déc. 1936.
- DOUADY et WEIGERT. — De l'opportunité de la pleuroscopie au cours de certains pneumothorax. *Gaz. Méd. de Lyon*, 15 déc. 1938.
- DUFOURT. — Anomalies du cycle de Ranke. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 déc. 1942.
- DUMAREST. — Endoscopie et section des adhérences. Opération de Jacobaeus.
- EIZAGUIRRE. — Section des adhérences par le procédé de Jacobaeus dans les pneumothorax insuffisants. *Los Progrésos de la Clinica*, juin 1930.

- FATH. — La section de brides adhérentielles dans le pneumothorax artificiel par la méthode de Jacobaeus. *Soc. Méd. de Colmar et u Haut-Rhin*. Séance du 21 mars 1931.
- FEBEREY. — Importance de la section précoce des brides dans le pneumothorax artificiel. *Strasbourg Médical*, n° 27, 25 septembre 1936.
- FRITZ. — La libération des brides pleurales sous contrôle pleuroscopique au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1925.
- FRUCHAUD et BERNOU. — De la section chirurgicale à ciel ouvert des brides et adhérences du pneumothorax thérapeutique. *Soc. Nat. de Chir.*, 3 décembre 1933.
- GULLBRING. — Des cautérisations endopleurales par la méthode de Jacobaeus. *Rev. de la Tub.*, nov. 1934, p. 931.
- HAUSEN. — Présentation de quelques sections de brides pleurales au cours du pneumothorax artificiel. *Bruxelles Médical*, n° 40, 1er août 1937.
- HERVÉ. — Indications, technique et résultats de la libération des brides pleurales dans le pneumothorax artificiel. *Paris Médical*, n° 24, 1932.
- HINAULT. — A propos de thoracocauties. *Rev. de la Tub.*, n° 7, 1936.
- HUIANT. — La pleuroscopie et la section des adhérences pleurales, compléments du pneumothorax thérapeutique. *Clinique*, Paris, 3 mai 1938, pp. 153-154.
- JACOBÆUS. — La cautérisation des adhérences dans le traitement du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. *Paris Médical*, n° 33, 15 août 1925, p. 145.
- JAQUEROD. — La caverne « soufflée ». Pathogénie et mécanisme de l'apparition et de la disparition rapide de certaines cavernes. *Rev. de la Tub.*, n° 9, 1936.
- JEANNERET et FAME. — La pleuroscopie et la section des brides pleurales dans le pneumothorax artificiel. *Helvetia medica acta*. Vol 2, fasc. 6, 1936.
- Pleuroscopie au cours du pneumothorax bilatéral simultané. *Journ. Méd. de Leysin*, n° 1, 1939.
- JEANNERET et KESER. — Note sur l'opérabilité des adhérences apico-médiastinales et sur leur rôle dans l'inefficacité du pneumothorax. *Journal Méd. de Leysin*, n° 1, 1939.
- JOLY. — La collapsothérapie hypotensive. *Thèse de Paris*, 1936.
- JUGNET. — La section d'adhérences dans le pneumothorax artificiel en milieu sanatorial. *Thèse de Lyon*, 1940.
- KINDBERG et NETTER. — A propos de la chrysothérapie intra-pleurale. *Rev. de la Tub.*, n° 2, 1936.

- LAFOSSE. — A propos de la chrysothérapie intra-pleurale. *Rev. de la Tub.*, n° 3, 1937.
- LEPEYTRE. — Contribution à l'étude de l'évolution et du traitement des brides au cours du pneumothorax thérapeutique de l'enfant. *Thèse de Paris*, 1933.
- LEURET, NANCEL-PENARD et DE LACHAUD. — Pleuroscopie et pleurocastie. Considérations techniques. Indications. Résultats. Complications. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1937, pp. 146.
- LIRON. — Les pneumothorax inefficaces. *Thèse de Paris*, 1937.
- LOWYS et LAFAY. — Soufflage cavitairé après section de brides. Chrysothérapie intra-pleurale. *Rev. de la Tub.*, n° 2, 1938.
- MAURÈRE (G.). — Cautérisations des adhérences dans des cas de pneumothorax incomplets. *Rev. de la Tub.*, avril 1930, p. 457.
- MEYER. — Pleuroscopie et destruction des adhérences pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax. *Le Documentaire Médical*, n° 17, septembre 1936.
- MICHETTI. — Considérations sur la section d'adhérences. *Arch. Méd. Chir. de l'App. Resp.*, t. XII, n° 2, 1937.
- Les indications de la thoracoscopie précoce. *Journ. Méd. de Leysin*, n° 17, 1938.
- Symphyse pleuro-pulmonaire aiguë après thoracoscopie et récupération du pneumothorax total. *Rev. de la Tub.*, n° 7, 1939.
- MISTAL. — Endoscopie et pleurolyse.
- Technique de l'endoscopie pleurale proprement dite avant la cautérisation des brides. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 25 septembre 1936, p. 687.
- O'REILLY. — Résultats de la section de brides par l'opération de Jacobaeus dans le pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1930.
- PERRIN et POUMIER. — A propos de 27 sections de brides par la méthode de Jacobaeus. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1er janvier 1934.
- PEYRET. — Pleuroscopie, section des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique. *Thèse de Paris*, 1932.
- PIECHAUD et BERGAUD. — Pleuroscopie et section de brides. Résultats personnels. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1937, pp. 212-266.
- PIGEON. — Coagulation et section de brides pleuro-pulmonaires par la méthode endoscopique.
- PYRONNET. — Etude des résultats éloignés de 140 sections d'adhérences pleurales. *Thèse de Paris*, 1939.

- RAUTUREAU, PIOT et BOURGUIGNON. — Influence particulièrement néfaste des brides dans quelques cas de cavernes sous-claviculaires externes traitées par pneumothorax. *Rev. de la Tub.*, n° 7, juillet 1934.
- Les indications de l'opération de Jacobaeus, intervention d'urgence. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Passy*, n° 1, déc 1932-déc. 1934.
- RAUTUREAU et PIOT. — Valeur pronostique de la disparition des B.K. dans l'expectoration précédant l'effacement radiologique des images cavitaires. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Passy*, juillet 1936.
- RAUTUREAU et LIRON. — A propos des pneumothorax inefficaces. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Passy*, n° 9, 1938.
- ROUGY. — Interventions itératives en matière de sections de brides. Avantages. Inconvénients. *Hauteville Médical*, n° xxx, février 1936, pp. 10 et 11.
- SAUZAY. — Etude des complications de l'opération de Jacobaeus. *Thèse de Lyon*, 1937.
- SAIE. — L'endoscopie pleurale dans les perforations pleuro-pulmonaires. *Thèse de Paris*, 1936.
- SAYE. — Pneumolyse intra-pleurale.
- TRIBOULET. — Indications des sections de brides dans le pneumothorax artificiel. *Soc. des Méd. de Sana. et de dispensaires d'hyg. soc.*, n° 2, avril 1936.
- TROCME. — La section des brides pleurales dans le pneumothorax artificiel. *Actualité Médico-Chirurgicale*, n° 7, octobre 1934.
- VÉRAN. — La cessation du pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1931.
- Récidives in situ après cessation de pneumothorax en apparence efficace. *Soc. d'Et. Scientif. sur la Tub.*, 12 novembre 1935.
- VILLARD. — Les anomalies du Cycle de Ranke. *Thèse de Lyon*, 1939.
- VERLIAC. — Indications des sections de brides endopleurales par l'opération de Jacobaeus. *Thèse de Paris*, 1938.
- WEILLER. — Les pleuroscopies curatives. *Bull. Méd.* n° 24, 11 juin 1938, p. 423.
- WINTER. — Du relâchement des pneumothorax artificiels inefficaces. *Thèse de Paris*, 1937.
- ZABLOT. — Contribution à l'étude des sections de brides au cours du pneumothorax. *Thèse de Toulouse*, 1935.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de
tour, j'ai la Thèse ayant pour
titre:

*Les suites immédiates de cent
sections de brides pleurales.*

par Marc BELLEY.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression:

Montpellier, le 7 juin 1943.

Le Professeur:
GIRAUD.

VU :

Montpellier, le 8 juin 1943.

Pour le Doyen,
Le professeur délégué,
TURCHINI.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 10 juin 1943.

Le Recteur:
SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions
émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être
considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur
donner ni approbation, ni improbation.

